23.0.113

PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY

Accessions 67610

Shelf No. 7799.40.

FOUNDED 1852
SICUT PATRIBUS SIT DEUS NOBIS
BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.
CIVIBUS REGIMINE DONATA A.D. 1922.
BOSTON PUBLIC LIBRARY

Received Mar 21, 1865

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/plaielafaceave00lall

PLAIE A LA FACE

7799.40

AVEC PERTE DE SUBSTANCE,

GUÉRIE PAR L'APPLICATION D'UN LAMBEAU DÉTACHÉ DES PARTIES VOISINES ;

PAR M. LALLEMAND,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

(*Extrait des Archives générales de Médecine.*)

67.6.10
March 21, 1865

PLAIE A LA FACE

AVEC PERTE DE SUBSTANCE,

Guérie par l'application d'un lambeau détaché des parties voisines.

Rosine Martin, de Massillargues, près Lunel, âgée de dix ans, née de parens sains, d'une constitution sèche et robuste, eut dans le commencement de juillet 1823, une pustule maligne sur le côté gauche de la face; elle commença par deux petits points noirs assez rapprochés, sur lesquels on appliqua de la potasse caustique. Une partie de la joue et de la lèvre inférieure fut détruite par les progrès de la maladie. Après la séparation des escarres, le côté gauche de la mâchoire inférieure resta à découvert ainsi qu'une grande partie des dents. Cependant à mesure que les surfaces suppurantes se cicatrisèrent, la circonférence de cette vaste perte de substance diminua sensiblement; mais au bout de deux mois tout était cicatrisé; la difformité resta stationnaire. A cette époque, mon ami, le D.r Dunal, ayant, par hasard, vu cet enfant et pensant qu'on pourrait faire quelque chose pour guérir ou diminuer cette affreuse difformité, nous l'examinâmes ensemble. J'en pris un dessin exact auquel je renvoie. Il existait au côté gauche de la joue une perte de substance inégale et dentelée d'environ deux pouces

de haut en bas, ainsi que d'avant en arrière. Elle commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure et finissait vers le quart externe de l'inférieure. Cette dernière avait perdu cinq à six lignes de son bord rouge, et trois lignes de plus de la partie qui le supportait; de manière que cette lèvre se terminait par une espèce de bouton saillant, rouge et arrondi, du volume d'un gros pois. De haut en bas, la lèvre inférieure était détruite dans l'étendue d'environ six lignes; elle était roulée en dehors par la contraction des muscles labial et carré du menton. Toute la circonférence de cette perte de substance était dure, coriace et comme fibreuse; la base de la lèvre, la peau du menton, celle du bord inférieur de la mâchoire, étaient adhérentes à l'os et tout-à-fait immobiles. Il n'y avait de libre que cinq à six lignes de la joue à partir de la lèvre supérieure et autant de la lèvre inférieure à partir du bord rouge. La circonférence de la peau P.P.P.P. était séparée des gencives par une cicatrice également adhérente à l'os, très-inégale et de deux à cinq lignes de largeur suivant les endroits. Presque toutes les dents de la moitié gauche de la mâchoire ainsi que les gencives sous-jacentes étaient à découvert; la racine des dents était en partie dénudée à cause du tiraillement de la gencive par la cicatrice placée au-dessous. Elles commençaient à se déjeter en dehors; la canine surtout, plantée naturellement presque hors de rang, faisait une saillie considérable; leur surface était fort noire, la salive coulait presque en totalité par cette large brêche malgré les compresses, etc., dont on la recouvrait. J'amenai cet enfant avec sa mère à l'hôpital de Montpellier; j'examinai pendant plusieurs jours l'état des parties, et je réfléchis sur le projet de l'opération que j'avais conçu à la première vue.

Cette jeune fille, d'une figure intéressante et d'une intelligence rare, jouissait d'une santé parfaite et montrait

un caractère décidé ; elle était défigurée pour le reste de ses jours de la manière la plus hideuse; la perte continuelle de la salive était une incommodité dégoûtante qui pouvait influer sur sa santé. Ses parens pleins de confiance et de jugement s'en rapportaient à moi; je résolus de tout tenter pour la guérir.

L'espace qui séparait les bords de la peau était trop considérable, celle-ci était trop adhérente à la mâchoire pour qu'on pût espérer, par aucune opération, de changer la forme de cet espace circulaire et de mettre les bords en contact : je ne pouvais fermer cette large brèche qu'au moyen d'un lambeau pris aux dépens de la peau du cou. Cependant j'étais arrêté par l'exemple tout récent de deux tentatives analogues faites sans succès par un habile praticien. Après l'ablation de la lèvre inférieure pour une affection cancéreuse, on avait cru pouvoir y suppléer par un lambeau pris à la partie antérieure du cou tordu sur son pédicule, et réuni aux parties latérales des joues, suivant le procédé employé pour remplacer, à l'aide de la peau du front, une partie du nez. Dans les deux cas le lambeau était tombé en gangrène avant même qu'on eût coupé son pédicule. A quoi pouvais-je attribuer cet accident assez rare, dans l'opération de la rhinoplastique, avant la section du pédicule du lambeau? Je crus pouvoir l'expliquer par les différences anatomiques que présentent les parties aux dépens desquelles on forme le lambeau. La peau du front est très-épaisse, doublée d'un tissu cellulaire dense, et adhérente au muscle frontal. Le pédicule du lambeau correspond à l'espace qui sépare les sourcils et contient des artères assez volumineuses qui, comme toutes celles de la surface du crâne, se logent dans l'épaisseur de la peau et y parcourent un très-long trajet en s'y ramifiant dans tous les sens, de telle sorte que les parties du lambeau les plus éloignées du pédicule ne peuvent manquer de sang pourvu que la

circulation ne soit pas gênée par la torsion du pédicule. La peau du cou, au contraire, est mince et doublée d'un tissu cellulaire lâche; aucune artère remarquable ne rampe dans son épaisseur; celles qui s'y perdent, viennent immédiatement du tissu cellulaire sous-jacent et s'y perdent presque aussitôt : quand ce tissu cellulaire est divisé, les artérioles du pédicule peuvent ne pas s'étendre assez loin pour porter le sang à l'extrémité du lambeau, pour peu que la circulation soit gênée dans le pédicule par sa torsion. Une autre difficulté m'arrêtait. Si dans les deux cas dont je viens de parler le lambeau s'est gangréné avant la section du pédicule, en supposant qu'il résiste, ne doit-on pas craindre qu'il se gangrène après la section de ce pédicule? Et cependant en employant le procédé ordinaire cette séparation est tôt ou tard indispensable. Je crus donc que je ne pouvais espérer de réussir qu'en évitant la torsion et la section du pédicule, au moyen d'un simple déplacement latéral du lambeau (1).

A mon dernier passage à Lyon, j'entrai chez M. Janson, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville; au milieu d'une discussion chirurgicale assez animée, un jeune docteur, autrefois élève de la maison, expliquait à MM. Janson et Mortier, un procédé opératoire par lequel il avait essayé de guérir un anus contre nature en bouchant son orifice à l'aide d'un lambeau pris sur les parties latérales et appliqué sur les bords de l'ouverture préalablement rafraîchie, mais sans le tordre sur son pédicule et par un simple déplacement latéral. C'était cette circonstance qui faisait le sujet de la discussion. Du reste, l'opération avait échoué, probablement parce que le cours des matières fécales par l'anus n'avait pas été préalablement assuré. Quoi qu'il en soit, c'est le souvenir de cette

(1) Mon usage étant de rendre à chacun ce qui lui est dû, je dois dire que l'idée de cette opération est autant un souvenir qu'une conception.

discussion qui me conduisit peu-à-peu à l'opération que j'ai pratiquée.

Notre malade était à-peu-près guérie lorsque je reçus d'Annonay une lettre du docteur Reybard au sujet d'un de ses compatriotes qu'il me recommandait. Pour se rappeler à mon souvenir, il m'apprend que c'est lui que j'ai vu chez M. Janson, etc.; et, il ajoute, qu'il se propose de publier un mémoire sur ce sujet. Comme il est possible que le mémoire de M. Reybard ne paraisse qu'après la publication de cette observation, je suis bien aise que le hasard m'ait mis à même de le citer par son nom.

Quoique la surface à recouvrir eût une forme arrondie, je ne pouvais pas faire un lambeau rond. La plaie du cou qui en serait résultée eut été trop difficile à cicatriser, et la cicatrice eut été trop difforme. Je pensai que je devais donner à mon lambeau, et par suite à la surface qu'il devait recouvrir, une forme elliptique; je devais de plus faire ensorte que le pédicule du lambeau se trouvât au-dessous et près de l'extrémité postérieure de la surface à recouvrir. Il fallait que l'extrémité supérieure A.E du bord antérieur A.E.F.G du lambeau fût à-la-fois l'extrémité postérieure E.A du bord inférieur de la plaie D.E.A, afin que la surface saignante du lambeau fût partout en contact avec des surfaces également saignantes. Ce plan étant bien arrêté, je le mis à exécution le 8 septembre de la manière suivante : Je pratiquai une première incision courbe qui commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure B, et finissait vers le bord inférieur de la mâchoire A. Je fis sur la lèvre inférieure une seconde incision sémi-elliptique commençant à l'extrémité du bord rouge C et finissant vers le milieu du menton D. Je tâchai de donner à cette seconde incision la même courbure qu'à la première avec laquelle elle devait se continuer lorsque la lèvre inférieure serait relevée. Je fis dans la direction du bord inférieur de la mâchoire une

troisième incision également sémi-elliptique, se terminant par ses deux extrémités à l'endroit où les deux premières incisions avaient fini D et A. J'enlevai de dessus la mâchoire toute la peau P.P.P.P comprise entre ces incisions ainsi que la cicatrice adhérente à l'os I.I.I.I. La base de la lèvre inférieure étant adhérente à la mâchoire, je fus obligé, pour mettre en contact son extrémité C avec l'extrémité B de la lèvre supérieure, de disséquer cette base adhérente et pour cela de prolonger de quatre à cinq lignes l'incision C.D jusqu'en D'. Alors les deux lèvres purent être mises en contact et les deux incisions B.A et C.D formèrent une courbe régulière; je laissai reposer la malade quelques instans avant de procéder à la formation du lambeau. La rétraction des bords de la plaie rendait la surface à recouvrir plus étendue que je ne m'y attendais. Le sang coulait sur la peau du cou en assez grande abondance pour m'empêcher de faire usage du morceau de papier que j'avais coupé pour me servir de guide. Il fallut aussi renoncer à tracer avec de l'encre les limites du lambeau: je le dessinai avec le bistouri. Je commençai l'incision antérieure vers le tiers postérieur E de l'incision inférieure D.E.A et je la terminai à la partie inférieure du cou vers l'insertion du sterno-mastoïdien en la faisant passer sur les parties latérales du larynx. De cette manière la portion E.A de l'incision D.E.A fit partie de ce bord antérieur. Je commençai l'incision postérieure du lambeau G.H.K à dix lignes environ K au-dessous de l'extrémité supérieure A du bord antérieur de ce même lambeau, et je la terminai à l'endroit G où avait fini l'incision antérieure en la faisant passer vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Malgré l'écoulement du sang et l'extrême mobilité de la petite malade, que six aides robustes pouvaient à peine fixer, je parvins à donner exactement au lambeau la forme et les dimensions que je désirais. Le bord antérieur A.E.F.G qui devait s'adapter aux deux

portions de courbe de la joue A.B et de la lèvre inférieure C.D avait un tiers environ d'étendue de plus que le bord postérieur G.H.K qui ne devait correspondre qu'au bord D.E et à l'espace dénudé E.A.

Mais c'est lorsqu'il fallut disséquer le lambeau que les difficultés redoublèrent ; je n'ai jamais vu une pareille vivacité dans les mouvemens du cou : chaque coup de bistouri déterminait un déplacement brusque que rien ne pouvait empêcher et dont je ne pouvais prévoir la direction. Je risquais en tournant le tranchant du bistouri du côté de la peau, de la percer ou de la dénuder : en le dirigeant vers les parties sous-jacentes, je pouvais ouvrir la veine jugulaire externe ou couper quelques-uns des nombreux rameaux du plexus cervical superficiel. Cependant cette dissection se termina de la manière la plus heureuse. Je laissai reposer la malade environ un quart d'heure avant de procéder au pansement. Le lambeau avait perdu près d'un tiers de ses dimensions ; je le détournai de manière que la partie supérieure A.E.F de son bord antérieur correspondît à la plaie de la joue A.B, et je les réunis par trois points de suture séparés, soutenus par autant de rouleaux de sparadrap ; je rapprochai ensuite, à l'aide d'un autre point de suture, l'extrémité des deux lèvres B et C. Ensuite je réunis par deux autres points de suture la partie inférieure F.G du bord antérieur du lambeau avec la plaie de la lèvre inférieure C.D.D'. Enfin je réunis par deux autres points de suture la partie inférieure G.H du bord postérieur du lambeau avec la partie antérieure D.E de l'incision D.E.A, et la portion supérieure H.K de ce bord postérieur resta appliquée sur le sterno-mastoïdien, suivant une ligne oblique de K en E. De cette manière la portion de la plaie de la joue située de A en E correspondit exactement à la largeur du pédicule du lambeau A.K, et nulle part la surface saignante du lambeau ne fut en contact avec la peau. Des

bandelettes agglutinatives furent placées dans les intervalles des points de suture, le pourtour de la plaie fut matelassé avec de la charpie. Le tout fut maintenu par quelques tours de bande peu serrés.

La petite malade à peine dans son lit, fut bientôt calmée. (*Eau de tilleul et de fleur d'oranger ℥ iv, sirop diacode ℥ ij, à prendre par cuillerée à café*). Le soir, il se manifesta de la fièvre (*saignée de quatre onces environ*). Nuit tranquille, sommeil paisible. Le lendemain soir, la fièvre revint, mais je ne pus obtenir de la malade qu'elle se laissât saigner. Le troisième jour, je voulus lever l'appareil, sachant que chez les enfans la marche de l'inflammation est plus rapide et par suite la réunion des parties divisées et la section des chairs par les corps étrangers plus prompte; mais lorsqu'on voulait y toucher la malade poussait des cris qui me faisaient craindre la déchirure de la cicatrice. Le quatrième jour, même agitation à l'approche du pansement. Je ne pouvais cependant laisser plus long-temps les fils des sutures dans les chairs: j'aurais d'ailleurs éprouvé le lendemain et les jours suivans les mêmes difficultés. Je fus donc obligé d'employer la force pour contenir la malade et éviter les déchiremens que ses cris pouvaient faire naître. Je coupai les fils des ligatures appliquées sur les bords supérieur B.A et inférieur D.E sans déranger les bandelettes; mais je ne pouvais pas enlever les sutures qui réunissaient la lèvre inférieure au lambeau sans détacher les bandelettes, et je n'osais pas les détacher dans la crainte que les cris de la malade ne séparassent du lambeau la lèvre inférieure plus mobile que les autres parties. Le cinquième jour, les bords supérieur et inférieur étaient extrêmement réunis au lambeau; j'enlevai les sutures du bord antérieur C.D; elles avaient fait deux trous dans le lambeau beaucoup plus grands que dans la lèvre, et la réunion me parut peu solide. Le sixième jour, au moment où je changeais les

bandelettes, la lèvre inférieure se détacha du lambeau et se renversa en dehors. J'attribuai cet accident aux cris de la malade; mais le lendemain j'aperçus un commencement de gangrène sur la partie du lambeau F.G qui correspondait à la lèvre inférieure. Le huitième jour, elle formait, le long du bord du lambeau, une bande large d'environ trois lignes et longue de huit à dix : je craignais qu'elle n'envahît une grande partie du lambeau, mais elle s'arrêta au niveau des trous produits par les points de suture; les bords supérieur et inférieur restèrent solidement unis, et la face interne du lambeau était adhérente à l'os dans toute l'étendue des surfaces que j'avais rafraîchies. Les jours suivans, les parties gangrénées se séparèrent, et il resta, entre le lambeau et la lèvre inférieure, un écartement en forme de V, et de sept à huit lignes d'étendue dans la partie la plus ouverte. Je n'avais pas obtenu tout ce que je désirais; mais il ne restait plus qu'un bec-de-lièvre simple qui me semblait devoir être facile à réunir.

Mon intention était de laisser reposer la malade pendant quelques semaines; mais le bord du lambeau n'étant point adhérent se retirait de jour en jour. Plus j'aurais attendu, plus la réunion serait devenue difficile; au bout de douze jours je rafraîchis les bords correspondans du lambeau et de la lèvre inférieure, en excisant seulement, avec des ciseaux courbes, la surface des bourgeons charnus, afin de ne rien perdre des parties à réunir, et je les maintins en contact à l'aide de deux aiguilles et de la suture entortillée. Pour empêcher la lèvre inférieure de se renverser en dehors, je la fixai à la lèvre supérieure au moyen d'une troisième aiguille. Le troisième jour je retirai les deux premières, et le quatrième jour la troisième. Le 5 au matin, la réunion me parut exacte; à la visite du soir j'entendis en entrant dans la salle, la petite malade qui se livrait à des éclats de rire immodéré en jouant avec des enfans de

son âge ; je témoignai mes craintes sur les résultats que pouvait avoir cette imprudence ; le lendemain en effet, je trouvai la lèvre inférieure séparée du lambeau, et j'attribuai cet accident à l'imprudence de la veille. Vainement j'essayai de réparer cet échec en maintenant les parties en contact, à l'aide de bandelettes agglutinatives ; au bout de quinze jours je n'étais pas plus avancé ; je pensai que la difficulté de la réunion tenait au défaut de proportion entre les bords affrontés (la lèvre inférieure étant quatre fois plus épaisse que le lambeau), à la mobilité du bord libre de la lèvre et à la force des muscles contenus dans son épaisseur. Ces réflexions me décidèrent à réunir l'extrémité de cette lèvre, à l'extrémité correspondante de la lèvre supérieure, aussi charnue, aussi vasculaire qu'elle ; je m'étais jusque-là contenté de les maintenir en contact pour ne pas perdre cinq à six lignes de la longueur de la lèvre inférieure déjà fort écourtée, et pour ne pas trop diminuer l'ouverture de la bouche ; mais ces deux inconvéniens étaient compensés par l'avantage qu'on pouvait tirer de cette opération pour donner à l'extrémité de la lèvre inférieure, une forme plus régulière. En effet, son bord rouge était très-épais et coupé carrément ; en excisant sa partie supérieure, je pouvais l'amincir et le rendre semblable à celui de l'autre commissure ; ainsi ce que je perdais d'un côté, sous le rapport de l'étendue de la lèvre, je le regagnais dans l'autre sous le rapport de sa régularité. J'enlevai donc avec des ciseaux, cinq à six lignes de l'extrémité de chaque lèvre B. X et C. O, et je les réunis par une seule aiguille et quelques tours de fil ; la réunion fut complète et solide le troisième jour. La lèvre inférieure étant désormais immobile, je la réunis de nouveau au lambeau, au moyen de deux aiguilles, après avoir ébarbé les bourgeons charnus avec des ciseaux courbes très-minces ; lorsque je retirai les aiguilles la réunion parut solide. Cependant au bout de deux ou trois jours, malgré l'ap-

plication la plus exacte des bandelettes agglutinatives, les bords se séparèrent de nouveau peu à peu; ce ne fut que quelques jours après que je connus la véritable cause de ce nouvel échec, en voyant sortir d'entre la lèvre et le lambeau, le sommet de la dent canine de ce côté, qui, placée hors de rang et dirigée en avant et en dehors, correspondait à l'endroit de leur réunion; cette circonstance expliquait tout : je saisis avec des pinces à bec-à-corbin, la couronne de la dent qui sortait entre les lèvres de la plaie, et je l'arrachai; depuis ce moment, la réunion des bords opposés s'est opérée avec assez de rapidité; elle a commencé d'abord par les angles, ensuite le milieu s'est réuni par une espèce de pont; enfin, le 6 décembre, tout était sec. Le 10, j'ôtai les bandelettes parce qu'elles excoriaient la peau et irritaient singulièrement la malade; mais la cicatrice n'était pas assez ferme pour supporter la traction exercée par les parties environnantes : son extrémité inférieure se déchira; il en résulta une fistule en forme de fente très-étroite et de deux lignes de longueur, par laquelle s'échappaient de temps en temps quelques gouttes de salive. Pendant sept à huit jours, j'en touchai le fond avec le nitrate d'argent, et bientôt les bords se réunirent entr'eux et aux parties sous-jacentes : la salive cessa de couler, et la fistule fut remplacée par une espèce de fossette indiquée dans le dessin.

La plaie du cou était cicatrisée depuis un mois. Dans le principe, on en a rapproché les bords, autant que l'a permis l'indocilité de la malade, à l'aide des bandelettes agglutinatives. Ensuite, on a eu soin de maintenir les bourgeons charnus au niveau de la peau avec le nitrate d'argent, en sorte que la cicatrice est mince, souple et sans plis ni callosités; elle peut avoir deux pouces de long sur trois ou quatre lignes de large; elle ne gêne absolument en rien les mouvemens de la tête, et à six pas on la distingue à peine de la peau.

La bouche est régulière; la lèvre supérieure, plus longue que l'inférieure, est légèrement arquée, en sorte que vers la ligne médiane, il existe entre elles un écartement de deux ou trois lignes qui n'a rien de désagréable. La lèvre inférieure est presque horizontale, aussi mince à une commissure qu'à l'autre; seulement lorsque la bouche s'ouvre, la commissure qui résulte de la réunion de l'extrémité des deux lèvres, ne s'écarte pas jusqu'au bout des deux bords rouges; mais quand elle est fermée, les deux côtés sont symétriques; la cicatrice des bords supérieur et inférieur est à peine sensible; l'antérieure, si difficilement consolidée, est un peu plus enfoncée; mais elle est récente, et tout porte à croire qu'avec le temps elle s'effacera comme les autres. On n'aperçoit plus de traces des trous des sutures; le lambeau n'a presque plus rien conservé de la forme qu'il avait au moment de l'opération: il s'est accommodé aux surfaces avec lesquelles il a contracté des adhérences. Il a en outre diminué de moitié dans tous les sens, en tirant à lui les bords auxquels il adhère; la légère dépression qu'il présentait par suite de la longue compression exercée sur lui par les tampons du bandage unissant, a disparu quelques jours après qu'on a cessé d'en faire usage; ensorte que sa surface est aujourd'hui de niveau avec celle des parties environnantes; cette amélioration est due aussi à l'embonpoint qu'a pris rapidement la petite malade, depuis qu'on a cessé d'être obligé de la nourrir d'alimens liquides; elle est de beaucoup plus grasse qu'avant l'opération, quoiqu'elle ne mange pas davantage, probablement parce qu'elle ne perd plus sa salive. (*Voyez la figure* 11.)

D'après ce que j'ai dit des circonstances défavorables que présente la peau du cou pour servir de lambeau un peu étendu, on pourrait croire que la gangrène chez notre malade, n'a été due qu'à la difficulté que pouvait avoir le sang de porter la vie dans les parties les plus éloignées;

cette cause doit bien y avoir puissamment prédisposé, puisque j'ai fait remarquer que les points de suture et les aiguilles qui avaient porté sur les extrémités du lambeau, avaient produit des trous deux ou trois fois plus grands que partout ailleurs, et que la grandeur de ces trous était évidemment due à la formation d'une petite escarre circulaire. Cependant, si l'on fait attention que ce n'est pas précisément le sommet du lambeau qui s'est gangréné, mais bien la partie du bord antérieur qui correspondait à la dent canine saillante que j'ai été obligé d'extraire; que cette gangrène n'a guère été plus étendue que les dimensions de cette dent, on sera convaincu que la compression exercée par les bandelettes agglutinatives et le bandage sur le lambeau contre un corps aussi dur, en a été la cause déterminante. La destruction de la portion du lambeau qui recouvrait la dent, explique pourquoi celle-ci se trouva correspondre exactement à l'intervalle qui séparait le lambeau de la lèvre inférieure, de manière à les décoller lorsque leurs bords avaient été réunis à l'aide des aiguilles. Il est probable que sans la présence de cette dent, le bord du lambeau ne se serait pas gangréné et qu'ainsi la lèvre inférieure se serait réunie au lambeau, et eût été maintenue en place par cette union. S'il en eût été ainsi, la première opération eût suffi; je dois avouer toutefois que le bord de la lèvre inférieure étant libre et flottant, contenant dans son épaisseur des muscles assez forts, entrant facilement en contraction sous l'influence de la douleur et de la joie, que la lèvre inférieure, dis-je, eût été plus difficilement maintenue en place que les autres bords de la plaie, et je crois qu'il eût été prudent de la fixer à l'extrémité de la lèvre supérieure, ainsi que je l'ai fait plus tard, en excisant le bord rouge de l'une et de l'autre. L'extrémité de la lèvre supérieure, épaisse et très-vasculaire, se fut réunie bien plus promptement et plus solidement à la lèvre inférieure, que ne pouvait le faire le

lambeau plus mince et moins bien nourri ; de cette manière la lèvre inférieure bien fixée en haut par la supérieure, eût, comme le reste de la circonférence de la plaie, servi de point fixe au lambeau, au lieu de tirer sur lui.

En résumé, soit que j'eusse pratiqué l'opération en deux temps, c'est-à-dire, en laissant reposer la malade, huit à dix jours après l'extraction de la dent canine et la réunion de la lèvre inférieure à la supérieure, soit qu'immédiatement après j'eusse pratiqué l'opération principale, je suis convaincu que j'aurais obtenu du premier coup et complètement le résultat que je m'étais proposé.

Le procédé que j'ai employé pour remplacer la perte de substance de la face, avec la peau du cou, peut être mis en usage dans une foule de cas analogues ; il est préférable à ceux qu'on a employés jusqu'à présent, parce qu'on évite de tordre le pédicule et de séparer le lambeau des parties dont il reçoit ses vaisseaux. Les difficultés qui ont entravé la guérison de notre petite-fille tiennent à des circonstances indépendantes du procédé en lui-même, et ne doivent pas intimider ceux qui pourraient être encouragés par l'exemple du succès que nous avons obtenu.

FIN.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

A
B
C
D
E
F
G
H
I
K
L
M
N
O
P

Rare Books
23.O.113.
Plaie a la face avec perte de s1823
Countway Library BEY7761
3 2044 046 137 162

(Nov., 1891, 20,000)

BOSTON PUBLIC LIBRARY.

One volume allowed at a time, and obtained only by card; to be kept 14 days (or seven days in the case of fiction and juvenile books published within one year) without fine; not to be renewed; to be reclaimed by messenger after 21 days, who will collect 25 cents besides fine of 2 cents a day, including Sundays and holidays; not to be lent out of the borrower's household, and not to be transferred; to be returned at this Hall.

Borrowers finding this book mutilated or unwarrantably defaced, are expected to report it; and also any undue delay in the delivery of books.

*** No claim can be established because of the failure of any notice, to or from the Library, through the mail.

The record below must not be made or altered by borrower.

Rare Books
23.O.113.
Plaie a la face avec perte de s1823
Countway Library BEY7761
3 2044 046 137 162